

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

**THÈSE**

N°

POUR

**LE DOCTORAT EN MÉDECINE**

*Présentée et soutenue le Jeudi 27 Avril 1899, à 1 heure*

PAR

**H. LAFON**

Né à Châtillon-sur-Loing (Loiret) le 8 octobre 1859

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE

**QUELQUES FORMES ANORMALES  
D'ÉCLAMPSIE**

*Président :* M. GARIEL, professeur.

*Juges :* MM. CHANTEMESSE, professeur.

MÉNÉTRIER et THIROLOIX, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur  
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

**JOUBE & BOYER**

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 27 Avril 1899, à 1 heure*

PAR

H. LAFON

Né à Châtillon-sur-Loing (Loiret) le 8 octobre 1859

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE  
QUELQUES FORMES ANORMALES  
D'ÉCLAMPSIE

*Président :* M. GARIEL, professeur.

*Juges :* MM. CHANTEMESSE, professeur.  
MÉNÉTRIER et THIROLOIX, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur  
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine  
15, RUE RACINE, 15

1899



# UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

**Doyen : M. BROUARDEL.**

## PROFESSEURS :

|                                                    | MM.           |
|----------------------------------------------------|---------------|
| Anatomie .....                                     | FARABEUF      |
| Physiologie .....                                  | CH. RICHET    |
| Physique médicale .....                            | GARIEL        |
| Chimie organique et chimie minérale .....          | GAUTIER       |
| Histoire naturelle médicale .....                  | BLANCHARD     |
| Pathologie et thérapeutiques générales .....       | BOUCHARD      |
| Pathologie médicale .....                          | HUTINEL       |
|                                                    | DEBOVE        |
| Pathologie chirurgicale .....                      | LANNELONGUE   |
| Anatomie pathologique .....                        | CORNIL        |
| Histologie .....                                   | MATHIAS DUVAL |
| Opérations et appareils .....                      | TERRIER       |
| Pharmacologie et matière médicale .....            | POUCHET       |
| Thérapeutique .....                                | LANDOUZY      |
| Hygiène .....                                      | PROUST        |
| Médecine légale .....                              | BROUARDEL     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie ..      | N...          |
| Pathologie expérimentale et comparée .....         | CHANTEMESSE   |
|                                                    | POTAIN        |
| Clinique médicale .....                            | JACCOUD       |
|                                                    | HAYEM         |
|                                                    | DIEULAFOY     |
|                                                    | GRANCHER      |
| Maladies de enfants .....                          |               |
| Clinique de pathologie mentale et des mala-        |               |
| dies de l'encéphale .....                          | JOFFROY       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .. | FOURNIER      |
| Clinique des maladies du système nerveux ..        | RAYMOND       |
|                                                    | BERGER        |
| Clinique chirurgicale .....                        | DUPLAY        |
|                                                    | LEDENTU       |
|                                                    | TILLAUX       |
| Clinique ophtalmologique .....                     | PANAS         |
| Clinique des maladies des voies urinaires ..       | GUYON         |
| Clinique d'accouchement .....                      | BUDIN         |
|                                                    | PINARD        |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| MM.           | MM.          | MM.       | MM.      |
|---------------|--------------|-----------|----------|
| ACHARD        | DESGREZ      | LEJARS    | THIERY   |
| ALBARRAND     | DUPRÉ        | LEPAGE    | THIROLOY |
| ANDRÉ         | FAURE        | MARFAN    | THOINOT  |
| BONNAIRE      | GAUCHER      | MAUCLAIRE | VAQUEZ   |
| BROCA Auguste | GILLES DE LA | MÉNÉTRIÉR | VARNIER  |
| BROCA André   | TOURETTE     | MERY      | WALLICH  |
| CHARRIN       | HARTMANN     | ROGER     | WALTER   |
| CHASSEVANT    | LANGLOIS     | SEBILLEAU | WIDAL    |
| DELBET        | LAUNOIS      | TEISSIER  | WURTZ    |
|               | LEGUEU       |           |          |

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MA SOEUR

A M. LE PROFESSEUR TERRIER

Chirurgien des Hôpitaux  
Membre de l'Académie de médecine  
Officier de la Légion d'honneur

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAYGRIER

Accoucheur des Hôpitaux

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE

Chirurgien des Hôpitaux

A M. LE DOCTEUR MACAIGNE

**A mon Président de Thèse :**

M. LE PROFESSEUR GARIEL

Membre de l'Académie de Médecine  
Officier de la Légion d'honneur

## INTRODUCTION

---

Au mois d'octobre dernier, pendant les quelques mois que nous avons eu l'avantage de passer dans le service de M. le professeur agrégé Maygrier, nous eûmes la bonne fortune d'observer une forme peu commune d'éclampsie.

Il s'agissait d'une récurrence d'attaques éclamptiques dans le cours de la même grossesse.

Particulièrement intéressé par la rareté de ce phénomène et sur les conseils de notre maître M. Maygrier, qui eut la bonté de nous communiquer une observation semblable prise par lui à Lariboisière il nous avait paru possible de faire de ce sujet spécial l'objet de notre thèse inaugurale.

Ces deux observations déjà curieuses par le fait seul de la récurrence, plus encore parce que cette récurrence survenait chez deux femmes soumises au régime lacté, nous ayant amené à faire quelques recherches sur les formes anormales de l'éclampsie, nous avons pensé à signaler également deux autres observations :

L'une d'attaques éclamptiques déterminées par le faux travail au cours de la grossesse extra-utérine.

L'autre moins rare évidemment, mais combien intéressante pourtant, d'attaques nettement évitées par un traitement préventif rigoureux.

Nous nous sommes alors décidés à prendre pour titre de notre travail : Contribution à l'étude de quelques formes anormales de l'éclampsie.

Nous ne saurions aborder notre sujet sans exprimer toute notre gratitude à nos maîtres dans les hôpitaux de Paris. Particulièrement à M. le professeur Terrier, nous n'oublierons jamais les deux années passées dans son service et l'appui qu'il nous a constamment donné.

Nous ne savons comment remercier notre maître M. le professeur agrégé Maygrier. S'il nous a été possible de signaler quelques faits intéressants, c'est à lui seuls à son extrême obligeance que nous le devons, qu'il veuille bien agréer ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Nos plus vifs remerciements à M. le professeur Mauclore et à M. le docteur Macaigne dont les conseils et l'amitié ne nous ont jamais fait défaut.

Qu'il nous soit permis de ne pas oublier M<sup>lle</sup> Hiernard l'habile et dévouée sage femme du service de la Charité, pour la complaisance qu'elle a mise à faciliter nos recherches.

Enfin à M. le professeur Gariel, le respectueux

hommage de nos sentiments les plus sincèrement reconnaissants, pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire de présider notre thèse et la grande bienveillance que depuis de longues années il n'a cessé de nous témoigner.



## DIVISION

---

Il nous a paru convenable de diviser notre courte étude en 3 chapitres.

Dans le 1<sup>er</sup>, nous relaterons d'abord les 2 observations de récidue d'éclampsie qui font la base de notre travail. Nous étudierons ensuite les conditions dans lesquelles se sont produites ces récides, l'importance symptomatique qu'elles ont revêtu et nous essayerons d'analyser autant que possible le mécanisme pathogénique qui a présidé à leur apparition.

Dans le 2<sup>e</sup> chapitre, nous suivrons un plan analogue pour étudier ce fait exceptionnel de l'apparition de l'éclampsie au cours du faux travail dans un cas de grossesse extra utérine.

Dans un dernier chapitre, nous nous bornerons à relater une observation d'éclampsie, arrêtée avant l'attaque par le traitement préventif judicieusement appliqué.

Nous terminerons enfin par de courtes conclusions, qui découleront de l'étude de ces différentes observations.

## CHAPITRE I

### RÉCIDIVES D'ÉCLAMPSIE AU COURS DE LA MÊME GROSSESSE,

---

A la séance du 16 février 1899, à la société obstétrique de Paris, M. le professeur agrégé Maygrier s'exprimait ainsi : « j'ai vainement cherché dans la littérature obstétricale, la mention de la récurrence d'éclampsie, non pas à des grossesses successives fait signalé et connu, mais pendant la durée de la même grossesse. Je n'ai pas rencontré d'observation de ce genre et sans nier que quelqu'une puisse m'avoir échappé, je pense du moins que ces faits doivent être fort rares... »

Et M. Maygrier, résumait les deux observations dont voici le compte-rendu in extenso :

## OSSERVATION I

Observation prise à Lariboisière, extraite du registre du service d'accouchement, année 1897, n° 824.  
Inédite.

C..., Louise, couturière, 33 ans, entrée le 23 juin 1897.

A. H. — Père mort bacillaire à l'âge de 52 ans ; mère morte également bacillaire à l'âge de 47 ans.

1 frère et 1 sœur bien portants.

A. P. — Née à terme par le sommet spontanément, 2<sup>e</sup> enfant de sa mère, nourrie au sein, a marché à 14 mois.

A eu à l'âge de 3 ou 4 ans la coqueluche et à l'âge de 6 ans la rougeole.

A été réglée à 14 ans très régulièrement, règles peu abondantes, 4 à 5 jours pendant les 1<sup>res</sup> années, dernièrement, 3 jours seulement.

Vers l'époque d'apparition de ses premières règles, elle a beaucoup souffert d'une gastralgie, avec vomissements incoercibles, fièvre intense et douleur dans la région cardiaque.

A l'âge de 22 ans, douleurs rhumatismales ; elle fut soignée par un médecin qui lui prescrivit du salicylate de soude à hautes doses ; séjour au lit, 4 mois.

A 26 ans, deuxième douleurs rhumatismales, plus fortes et plus longues.

Séjour au lit, 6 mois.

Deux grossesses.

1<sup>re</sup> grossesse. Le 1<sup>er</sup> décembre 1894, accouchement prématuré à 7 mois, causé par l'albuminurie.

Enfant mort et macéré depuis 2 mois.

Accouchement à la Pitié, dans le service de M. le Dr Maygrier.

Après l'accouchement, la femme a eu des douleurs d'estomac, mais pas d'éclampsie.

2<sup>e</sup> grossesse (actuelle).

D. R. 10 au 13 décembre 1896.

Pendant sa grossesse, céphalalgie, œdème de la face, des membres inférieurs et supérieurs; n'a pas consulté pour cela.

Le 21 juin, la femme se sentant mal à l'aise plus que de coutume, vient à la consultation de l'hôpital Lariboisière. On constate que son urine est albuminurique et on lui prescrit le régime lacté absolu.

Le 22 juin, c'est-à-dire le lendemain, vers 3 heures de l'après-midi, la malade est prise de douleurs dans la région épigastrique, la région lombaire, de céphalalgie intense, de vertiges, d'étourdissements, etc.

A 5 heures du soir, elle fait appeler un médecin qui lui prescrit de la liqueur d'Hoffmann et lui conseille d'entrer à l'hôpital si les accidents ne disparaissent pas.

Elle reste chez elle et passe une nuit calme, mais sans sommeil.

23 juin. Mercredi, à 8 heures du matin, elle est prise d'une première attaque d'éclampsie, bientôt suivie de 4 à 5 autres. A midi, elle est transportée à l'hôpital Lariboisière.

A son arrivée la femme est dans un état comateux.

Un examen immédiat fait reconnaître que cette femme était enceinte de 6 mois environ, enfant vivant se présentant par le sommet en OID. Pas de travail. Urine fortement albumineuse.

A partir de son entrée jusqu'au lendemain 24 juin, à 6 heures 30 du matin la malade eut 16 attaques.

Pendant tout ce temps la température ne s'élève pas au-dessus de 38°5. Il y eut émission d'une petite quantité d'urine, 200 gram. environ. Un litre 1/2 de lait put être absorbé sans trop de difficultés.

---

**TABEAU DES ATTAQUES DU 23 AU 24 JUIN 1897**

| Heures         | Accès                 | Lait                    | Urines           | Température | Observations      |
|----------------|-----------------------|-------------------------|------------------|-------------|-------------------|
| 23 juin 1897 : | 1 <sup>er</sup> accès | La malade boit seule    | »                | »           | »                 |
| 8 heures soir  | 2 <sup>e</sup> accès  | »                       | »                | »           | »                 |
| 9 heures       | 3 <sup>e</sup> accès  | Un verre lait (200 gr.) | Emission d'urine | 58°5        | Chloral, 1 gramme |
| 9 heures 5     | 4 <sup>e</sup> accès  | »                       | »                | »           | »                 |
|                | durée 1 minute        |                         |                  |             |                   |
| 9 heures 30    | »                     | Lait, 200 gr.           | »                | »           | »                 |
| 9 heures 40    | 5 <sup>e</sup> accès  | »                       | »                | »           | Lavement purgatif |
| 11 heures 10   | 6 <sup>e</sup> accès  | »                       | »                | »           | »                 |
| 11 heures 30   | 7 <sup>e</sup> accès  | Lait, 200 gr.           | »                | »           | »                 |
| 24 juin 1897 : |                       |                         |                  |             |                   |
| 1 heure matin  | 8 <sup>e</sup> accès  | »                       | »                | 38°5        | »                 |
| 1 heure 15     | 9 <sup>e</sup> accès  | Lait, 200 gr.           | »                | »           | Vomissements      |
| 2 heures       | 10 <sup>e</sup> accès | Lait, 200 gr.           | 5 grammes        | »           | »                 |
| 3 heures 30    | 11 <sup>e</sup> accès | Lait, 200 gr.           | 35 grammes       | »           | »                 |
| 4 heures       | »                     | »                       | »                | »           | »                 |
| 5 heures       | 12 <sup>e</sup> accès | »                       | »                | »           | »                 |
| 5 heures 20    | 13 <sup>e</sup> accès | »                       | »                | »           | »                 |
| 5 heures 50    | 14 <sup>e</sup> accès | »                       | »                | »           | »                 |
| 6 heures 10    | 15 <sup>e</sup> accès | Lait, 200 gr.           | »                | »           | »                 |
| 6 heures 30    | 16 <sup>e</sup> accès | »                       | 50 grammes       | 38°         | »                 |

Après la seizième attaque qui fut la dernière la femme reprit peu à peu connaissance. La température tombée à 38° s'abaisse progressivement, urine toujours albumineuse.

25 juin 1897. — Etat actuel.

Examen obstétrical.

*Inspection.* — Rien de particulier à noter, léger œdème des membres inférieurs.

*Palper.* — Fond de l'utérus à quatre travers de doigts au dessous de l'appendice xyphoïde, sommet mobile au détroit supérieur. Siège en haut et à droite.

*Auscultation.* — Battements du cœur fœtal normaux sur la ligne ombilico-iliaque et à quatre travers de doigts au dessous de l'ombilic (se prolongeant jusqu'à la ligne médiane).

*Toucher.* — Col long, mou, culs de sac libres, Bassin normal.

*Diagnostic.* — Sommet mobile O I D, enfant vivant, urine albumineuse.

La femme est mise au dortoir des femmes enceintes au régime lacté absolu.

Le 6 juillet 1897, c'est-à-dire 11 jours après la cessation de toute attaque, la femme qui est toujours au régime lacté absolu commence à souffrir de douleurs épigastriques vers 10 heures 1/2 du soir.

A 11 heures 45 du soir, elle a une attaque d'éclampsie très légère, puis aussitôt après une deuxième attaque suivie de vomissements abondants. M. Coville, interne de service, fait immédiatement une saignée de 400 gr. environ.

La malade continue à vomir et à avoir quelques petites attaques à la suite desquelles elle devient très pâle.

Elle se plaint beaucoup de la tête, de l'estomac, des reins, elle a des troubles de la vue.

On lui donne un lavement avec une goutte d'huile de croton. Trois selles blanchâtres peu abondantes.

7 juillet à 1 heure du matin, battements fœtaux normaux.

Vers 2 heures 1/2 matin, les douleurs diminuent, puis disparaissent, la malade ne vomit plus et boit du lait en petite quantité mais souvent.

Les troubles de la vue disparaissent, la malade repose un peu.

A 5 heures 1/2, nouvelle garde-robe assez abondante, consistante et blanchâtre, très peu d'urine, depuis 1 heure du matin la malade a conservé environ 1 litre 1/2 de lait. Température 37°4.

A 6 heures 1/2 du matin, la malade vomit abondamment (une pleine cuvette) lait caillé et bile.

A 7 heures 15, garde-robe liquide, fétide, jaune et petite quantité d'urine 50 gr. au plus.

Pas de température.

Le 7 juillet à 1 heure du soir, pseudo-attaque (?) et dernière, l'état s'améliore de plus en plus, ni vomissements, ni douleurs. La femme est de nouveau mise au dortoir des femmes enceintes toujours au régime lacté absolu.

Le 8 juillet. — Urine albumineuse, rien de particulier.

Le 9 juillet. — Battements du cœur fœtal nuls, la femme ne sent plus remuer. Albumine.

Rien de particulier jusqu'au 2 août 97. Apparition des premières douleurs.

Le 3 août. — Accouchement spontané d'un enfant mort et macéré, dont la rétention dans l'utérus a duré près d'un mois. L'albuminurie disparaît lentement.

---

## OBSERVATION II

21 Octobre 1898. — A... (Maria), 1 père, 23 ans, cuisinière de sa profession ; mais n'ayant pas travaillé pendant toute sa grossesse ; vient à la Charité le 21 octobre 1898, à 11 h. 30 du matin, envoyée de la clinique Tarnier en travail et ayant eu des crises d'éclampsie.

On la reçoit à la salle de travail après examen.

A. H. — Père et mère bien portants. Sa mère a eu 4 filles et 4 garçons, tous accouchements normaux, tous enfants bien portants, pas de jumeaux dans la famille.

A. P. — A marché à (?) à part une rougeole à 4 ans elle ne signale aucune autre maladie. Très anémique pendant 2 ans, elle n'est réglée qu'à 19 ans, très irrégulièrement, ses règles duraient 10 jours, mais étaient peu abondantes et accompagnées de coliques. Pas de leucorrhée.

1<sup>re</sup> grossesse (actuelle).

D. R. — 5 au 8 janvier 1898.

A terme le 11 octobre 1898.

Cette grossesse a été très pénible. La femme a été très fatiguée, faible, elle a eu des vertiges, des étourdissements, des mouches volantes.

Les jambes dans les derniers mois se sont oedématisées.

Vers la fin d'août elle est prise chez elle de deux crises d'éclampsie qui se succèdent coup sur coup. Elle a consulté un médecin qui la soumet quinze jours au régime lacté ; mais elle a continué à prendre de temps à autre d'autres aliments que du lait.

Elle va alors à la consultation de la Clinique Tarnier. On lui trouve une énorme quantité d'albumine dans les urines on la prend dans le service et on la garde pendant 5 semaines au régime lacté absolu.

Extrait de l'observation prise à la Clinique Tarnier à l'entrée de la malade dans le service, le 20 septembre 1898.

Examen général :

|           |         |
|-----------|---------|
| Squelette | normal. |
| - Cœur    | o       |
| Poumons   | o       |

Urines : très chargées d'albumine.

Examen obstétrical :

Dos à gauche, sommet mobile au détroit supérieur.

Toucher. — Col mou, long, peu perméable, sommet senti et soulevé en OIGT.

21 Septembre 1898. — La malade souffrait de maux de tête, de vertiges, elle avait des mouches

Lafon

2

volantes devant les yeux, ces troubles ont disparu depuis 2 jours.

22 Septembre. — 4 gr. 50 d'albumine.

13 Octobre. — Plus de maux de tête, de vertiges, ni d'éblouissement, mais l'albumine se maintient à un taux élevé 5 gr.

21 octobre. — Sommet engagé en D P. Enfant vivant, col effacé dilaté de 1 centimètre.

A la clinique elle n'eut pas de crises.

Les premières douleurs la prennent le 21 octobre à 6 heures du matin. On l'envoya vers midi à la Charité parce que la place manquait à la Clinique.

21 octobre. — Examen à l'entrée, 11 heures 1/2 matin.

*Inspection.* — Femme pâle, très faible et très fatiguée. OEdème des jambes, bouffissure des paupières.

*Palper.* — Utérus à terme le fond au niveau de l'appendice xiphoïde. Sommet engagé, front à gauche et en avant.

Dos à droite en arrière.

Petits membres en haut et à gauche. OIDP.

*Auscultation.* — Enfant vivant.

*Toucher.* — Col effacé, dilaté comme 50 centimètres, membranes intactes, sommet bien engagé fontanelle postérieure en arrière et à droite.

*Urines.* — Au moyen de la sonde on recueille en petite quantité une urine fortement albumineuse se coagulant en masse par la chaleur.

A midi on la reçoit à la salle de travail.

Travail. — 1 h. 40 soir. — Première attaque que

le chloroforme ne peut enrayer ; déviation de la tête et des yeux, battements convulsifs des paupières, bouche tirillée à gauche, langue projetée entre les dents. Un mouchoir introduit entre les mâchoires empêche la morsure de la langue.

Les bras et les jambes sont agités de convulsions cloniques puis toniques ; enfin, période de stertor, au bout de laquelle la femme revient à elle.

1 h. 50. — Saignée de 400 gramm. au bras droit.

2 h. 10. — On commence à lui donner du lait au verre, 200 grammes chaque fois.

2 h. 15. — Injection de sérum dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse droite 500 gramm.

2 h. 40. — Deuxième attaque d'éclampsie le chloroforme ne peut enrayer la crise.

Cette attaque évolue comme la première. A ce moment la dilatation est de 2 f.

2 h. 5. — Température 37°6.

3 h. 10. — La malade prend 200 grammes de lait au verre.

3 h. 15. — On lui donne un grand lavement pour évacuer l'intestin. Elle rend très peu de matières.

3 h. 35. — Lait au verre 200 grammes.

3 h. 40. — Le cathétérisme donne 30 grammes d'urine albumineuse.

3 h. 50. — Lavement purgatif avec une goutte d'huile de croton rendu presque sans évacuation de matières.

Dilatation comme une paume de main.

4 heures soir. — La dilatation est complète, la tête descend dans le vagin, la femme ressent l'envie

de pousser. *On n'entend plus les battements du cœur fœtal.*

On engage la parturiente à pousser doucement et régulièrement sans se presser ni se fatiguer.

Rapidement la tête vient bomber le périnée.

A 4 h. 10 après quelques efforts elle se dégage soudainement en O P.

On trouve l'occiput à droite et on procède à l'extraction des épaules et du tronc, un bras est fléchi sur la poitrine, l'autre pend le long du corps. Le dégagement du fœtus est normal.

L'enfant du sexe féminin naît mort, cyanosé, rigide, il pèse 2,280 gr. et mesure 45 cent. de longueur.

*Délivrance* à 4 h. 20, 10 minutes après. On fait la délivrance sentant l'insertion du cordon sur le placenta dans le vagin.

Cette délivrance est naturelle et complète. La déchirure des membranes touche au bord du placenta.

Injection intra-utérine très chaude pendant laquelle l'utérus remonte et la femme expulse par expression un caillot rouge foncé pesant 350 gr. L'hémorrhagie s'arrête aussitôt.

Le placenta pèse 580 gr., il renferme de nombreux noyaux fibrineux. Tout un bord est même scléreux, dur, absolument dégénéré.

Après l'accouchement, la femme est en bon état, causant, demandant à voir son enfant dont on lui cache la mort.

L'utérus est ferme et bien rétracté.

Le travail a duré 10 h. 10.

4 h. 50 soir, 3<sup>me</sup> attaque d'éclampsie malgré le chloroforme.

Cette attaque est assez courte. La température prise un peu après est de 38°.

La femme prend 200 gr. de lait au verre.

5 h. 10, lait au verre 200 gr.

Pouls 130.

4 h. 20, lait 200 gr. Le ventre est fortement météorisé, il donne à la percussion un son tympanique.

7 h. 15, lait 200 gr. Le météorisme va en croissant, la femme se plaint beaucoup de céphalée et de troubles de la vue. L'utérus est bon. Le cathétérisme ne ramène pas d'urine. La femme repose 3 heures.

A 10 h. 1/2, elle va abondamment à la garde-robe en diarrhée.

10 h. 3/4, 4<sup>me</sup> crise complète. La période de stertor est très longue, la respiration très accélérée, le pouls incomptable. La contracture dure jusqu'à 11 h. 5. Tempér. rectale 39°2.

La malade se rendort à 11 h. 1/2.

Minuit, 200 gr. de lait au verre. La malade essaie vainement d'aller à la garde-robe.

Minuit 1/2, 200 gr. de lait au verre.

Reste de la nuit calme.

La malade est remontée le 22 octobre au dortoir à 11 h. 30 du matin.

22 octobre, état satisfaisant, la malade dort une partie de la journée. Régime lacté.

23 octobre. Les urines sont normales.

24 octobre. On permet à la malade de manger.

25 et 26 octobre. La femme est au régime ordinaire.

27 octobre. Léger nuage d'albumine, on remet la malade au régime lacté.

La femme guérit rapidement, elle est aujourd'hui en parfait état de santé,

**TABLEAU DES ATTAQUES. — JOURNÉE DU 21 OCTOBRE 1898**

| Heures           | Crises                                                | Lait          | Urine                                                         | Température     | Observations                                                                        |
|------------------|-------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 heure 40, soir | 1 <sup>re</sup> accès<br>chloroforme<br>sans résultat | »             | Sondée à l'arri-<br>vée 4 h. 30<br>fortement albu-<br>mineuse | »               | »                                                                                   |
| 1 heure 50       | »                                                     | »             | »                                                             | »               | Saignée de 400 gr.                                                                  |
| 2 heures 40      | »                                                     | 200 grammes   | »                                                             | »               | Rupture spontanée des membranes                                                     |
| 2 heures 15      | »                                                     | »             | »                                                             | »               | Sérum 500 gr.                                                                       |
| 2 heures 40      | 2 <sup>e</sup> accès<br>complet                       | »             | »                                                             | 37°6            | Dilat. 2 f.                                                                         |
| 3 heures 40      | »                                                     | 200 grammes   | »                                                             | »               | »                                                                                   |
| 3 heures 15      | »                                                     | »             | »                                                             | »               | Grand lavement                                                                      |
| 3 heures 35      | »                                                     | 200 grammes   | »                                                             | »               | »                                                                                   |
| 3 heures 40      | »                                                     | »             | ondée 30 gr.<br>dosée                                         | »               | »                                                                                   |
| 3 heures 50      | »                                                     | 200 grammes   | »                                                             | »               | Lavement purgatif<br>250 g. avec 1 goutte<br>d'huile de Croton<br>Dilatation compl. |
| 4 heures         | »                                                     | »             | »                                                             | »               | »                                                                                   |
| 4 heures 10      | accouchement<br>spontané                              | 200 grammes   | »                                                             | »               | »                                                                                   |
| 4 heures 20      | délivrance                                            | »             | »                                                             | »               | »                                                                                   |
| 4 heures 50      | 3 <sup>e</sup> accès<br>complet                       | 500 grammes   | »                                                             | 38° pulsat. 130 | »                                                                                   |
| 11 heures 15     | 4 <sup>e</sup> accès<br>complet                       | Urine 90 gr.  | »                                                             | »               | Longue période de<br>stertor                                                        |
|                  |                                                       | lait 2 k. 120 | Urine 120 gr.                                                 |                 |                                                                                     |

*Réflexions.* — Sur les conseils de notre maître, M. Maygrier, nous avons parcouru tout ce que nous avons pu de la littérature obstétricale, se rapportant à l'éclampsie et pouvant offrir quelque similitude avec notre sujet.

Voici tout ce que nous avons rencontré, c'est l'une des 297 observations présentées dans la thèse de M. Charpentier (1), nous citons textuellement : MM. Carmichael ; Simpson : Un mois avant l'accouchement, 1 accès qui se reproduit 14 jours, avant l'accouchement. Pendant 6 semaines, rien. Travail naturel, lorsqu'au bout de ce temps, nouvel accès, convulsions réitérées, mort en 8 heures.

Il ne nous a pas été possible de nous procurer l'original de cette observation et par conséquent les détails nous manquent complètement.

Pour être peu nombreux, les faits positifs que nous apportons ici, nous paraissent avoir une valeur suffisante pour légitimer la courte étude que nous abordons.

Nous allons donc examiner dans quelles conditions, ces crises d'éclampsie ont récidivé, voir l'importance symptomatique qu'elles ont présenté, les conséquences qu'elles ont entraînées et nous nous attacherons surtout à rechercher quelle est l'influence pathogénique qui a pu présider à leur apparition.

I. — Voyons d'abord à quel genre de malade,

(1) Thèse d'agrégation, Charpentier, 1872,

nous avons affaire avant l'apparition des 1<sup>res</sup> attaques d'éclampsie.

La malade de l'observation I, présente dans son passé morbide simplement, deux attaques de rhumatisme, qui chaque fois ont motivé un séjour au lit de plusieurs mois. Le rein a-t-il dès lors subi le contre-coup de l'infection rhumatismale ? cette hypothèse n'a rien d'in vraisemblable et elle pourrait nous rendre compte d'une certaine susceptibilité rénale au cours des grossesses futures, ainsi nous voyons qu'une première grossesse a été suivie d'un accouchement prématuré à 7 mois, causé par l'albuminurie. Au sixième mois dans la 2<sup>e</sup> grossesse, celle qui nous occupe, l'analyse a démontré la présence d'albumine. La malade est donc dès lors dans un état qui la prédispose aux accidents éclamptiques que nous allons bientôt étudier.

La malade de l'observation II, primipare, ne présente aucune tare morbide antérieure qui puisse faire pressentir l'apparition de l'éclampsie. C'est simplement au cours de la grossesse que sont apparus les 1<sup>ers</sup> accidents.

Voyons maintenant comment ont évolué les 1<sup>res</sup> attaques d'éclampsie chez nos deux malades. Chez la 1<sup>re</sup>, après quelques prodromes : céphalalgie intense, avec vertiges et étourdissements, douleur à l'épigastre et à la région lombaire ; la femme est prise d'accès convulsifs qui se répètent à 5 ou 6 reprises.

Elle est amenée à l'hôpital dans le coma. Là, pendant 24 heures, elle eut encore 16 attaques et reprit peu à peu connaissance... Chez la 2<sup>e</sup> malade, la première crise d'éclampsie s'est bornée à deux accès convulsifs qui l'ont surprise chez elle et à l'occasion desquels on a constaté que son urine était très albumineuse.

Dans quel état se sont trouvées nos deux malades dans l'intervalle des crises.

Grâce au régime lacté sévèrement institué, la malade de l'observation I était en parfait état, ne manifestant aucun trouble nerveux, mais son urine était toujours albumineuse. Cette période de guérison a duré 11 jours... Chez la 2<sup>e</sup> malade, la période intercalaire est beaucoup plus longue, près de 2 mois, pendant lesquels la santé n'était pas complètement rétablie. Elle offrait encore de temps à autre des symptômes morbides qui relevaient probablement de l'insuffisance urinaire, vertiges, maux de tête, mouches volantes. A plusieurs reprises, l'analyse de l'urine donna 5 grammes d'albumine.

Dans le 1<sup>er</sup> cas, c'est donc 11 jours après la cessation de toute attaque et au 7<sup>e</sup> mois environ de la grossesse que l'éclampsie fait sa deuxième apparition.

Sous quelle forme ? C'est ce que nous allons examiner. La malade est d'abord prise d'un premier accès d'éclampsie léger, puis aussitôt après, un second plus violent apparaît, suivi de vomissements

abondants. On lui fait une saignée de 400 gr. et après quelques attaques légères, dans l'intervalle desquelles la malade accusait des douleurs de tête, de l'estomac, des reins, avec troubles de la vue, la guérison apparaît progressivement.

Chez la 2<sup>e</sup> malade, deux mois après les 1<sup>res</sup> attaques, à l'occasion du travail, éclatent les nouvelles crises, au nombre de 4 : deux pendant le travail, une après la délivrance, la dernière ayant une intensité très grande et déterminant une ascension de température à 39° 2. La guérison survient rapidement.

. . . . .  
. . . . .



## PATHOGÉNIE

---

S'il est un point difficile à résoudre dans cette question de récurrence d'éclampsie c'est certainement la pathogénie, c'est-à-dire le déterminisme des causes qui ont pu faire apparaître les nouvelles attaques.

Examinons d'abord le rôle possible des lésions rénales. Pendant très longtemps et nombre d'auteurs aujourd'hui encore croient que l'éclampsie n'est pas autre chose qu'une forme de l'urémie brightique. Ainsi nous lisons dans le Dictionnaire de Jaccoud (Bailly, article éclampsie) la théorie suivante : « L'opinion généralement admise est que l'albuminurie et que l'éclampsie sont toutes deux symptomatiques d'un même trouble rénal caractérisé dans un premier degré par l'albuminurie et ayant pour expression symptomatique ultime la convulsion éclamptique ».

Il est de fait que nos deux malades présentaient une albuminurie intense qui atteignait chez l'une d'elles le taux de 5 grammes par litre.

On aurait pu dans de certaines limites accepter

chez elle le rôle de l'altération rénale dans la production des accidents éclamptiques.

Mais depuis quelques années on tend à refuser complètement au rein ce rôle dans la pathogénie de l'éclampsie en raison : 1° de ce que certain nombre d'éclamptiques n'ont pas d'albumine ainsi que nous le trouvons relaté dans la thèse de Bouffe de Saint-Blaise (1891) ; 2° Que l'albuminurie ne fait généralement que coïncider avec l'éclampsie disparaissant rapidement après elle. Toutefois sans être aussi exclusifs, et tout en refusant au rein le rôle capital dans l'éclampsie, nous croyons que ses altérations, dont la conséquence immédiate est une insuffisance dans la dépuración urinaire, peuvent et doivent être une cause adjuvante dans la production des accidents qui nous occupent.

Aussi rien ne nous paraît pas légitime de déposséder complètement le rein de son rôle pathogénique. Nous y reviendrons.

Il n'est pas dans notre programme d'entrer dans l'étude détaillée des théories pathogéniques de l'éclampsie.

Nous nous bornerons à examiner l'opinion qui tend actuellement à réunir le plus de suffrages, celle d'une intoxication dont le foie serait le foyer principal sinon le point de départ exclusif.

Certains auteurs en effet attachent une grande importance à des lésions hépatiques qu'ils regardent

comme pathognomoniques de l'éclampsie et qui consistent (Bouffe de Saint-Blaize) « en petits foyers hémorrhagiques disséminés dans le foie, pouvant s'étendre, communiquer entre eux, amener la nécrose de portions du parenchyme et diminuer ainsi considérablement le rôle utile de la glande.

A vrai dire d'autres auteurs (Maygrier, Bar) n'ont pas vu des lésions aussi constantes. Mais sans affirmer que ces lésions soient pour ainsi dire la cause des manifestations éclamptiques, il n'en reste pas moins que le foie est l'organe qui présente le plus d'altérations dans l'éclampsie.

Ainsi altéré le foie ne détruisant pas les poisons que l'économie lui apporte, l'altération de son fonctionnement aurait pour effet de déverser dans l'économie d'autres substances toxiques.

L'éclampsie apparaît donc comme une intoxication générale à l'origine, qui par localisation hépatique produirait pour ainsi dire une surintoxication aiguë dont la manifestation est le syndrome éclamptique.

Quant au rein quel est son rôle dans ce processus?

L'albuminurie qui préexiste généralement à l'apparition des accidents révèle déjà une lésion d'intoxication et s'accompagne en même temps d'une insuffisance de la dépuration urinaire.

Au moment où le foie décharge dans l'économie

sés nouveaux poisons le rein se montre insuffisant à les éliminer et les accidents éclatent.

Quel est donc cette cause d'ordre toxique qui trouble le fonctionnement du foie ?

Quelques auteurs admettent une influence microbienne, dont l'affirmation basée sur des recherches encore restreintes nous paraît insuffisamment établie pour s'appliquer à tous les cas.

La tendance actuelle est de faire intervenir un phénomène d'auto-intoxication, qui reconnaît généralement pour origine une viciation dans les fermentations digestives. La meilleure preuve en serait précisément que le régime lacté fait cesser rapidement les accidents.

Partant de là, ayant posé les termes dans lesquels il nous semble que l'éclampsie fasse son apparition, comment pouvons-nous expliquer que les accidents aient récidivé chez nos malades. Et pourquoi ces récidives malgré le traitement par le régime lacté absolu.

Lorsque M. Maygrier fit sa communication à la Société d'obstétrique plusieurs de ses collègues lui firent l'objection qu'il avait pu se produire une infraction au régime alimentaire. M. Maygrier répondit : « Je crois pouvoir affirmer que le régime lacté absolu a été rigoureusement suivi par mes deux malades ».

A ces paroles déjà concluantes, qu'il nous soit permis d'ajouter que nous avons pris soin de faire une

enquête complémentaire minutieuse auprès des malades. Toutes deux complètement guéries et n'ayant, par conséquent, aucun intérêt à dissimuler la vérité, nous ont répondu avec un accent de véracité frappant, que « pendant toute la durée de leur traitement elles n'avaient pris aucun autre aliment que le lait qui leur était donné. »

C'est donc bien pendant que ces femmes étaient soumises à un régime lacté rigoureux que les accidents d'éclampsie ont fait une nouvelle apparition.

Quelle explication pouvons-nous donner à ces récidives ?

Pourquoi ces attaques nouvelles chez nos deux malades ?

Nous n'avons rien trouvé dans leurs antécédents qui puisse nous l'expliquer.

Pourquoi le régime lacté a-t-il été impuissant à les protéger, alors qu'il est si efficace chez des centaines, chez des milliers d'autres malades ?

Avant d'exposer la manière dont nous essayons d'expliquer les choses, voyons quelles réflexions ont été faites à ce sujet à la Société d'obstétrique.

M. Berthod voyant dans l'état du système circulatoire une grande donnée pathogénique » objecte que les observations précédentes ne mentionnent pas l'état du système cardio-vasculaire (cœur, pouls et surtout tension du pouls ».

« L'examen attentif du système circulatoire et la

persistance d'un trouble constaté aurait pu laisser craindre dans une certaine mesure un retour possible du mal (éclampsisme). »

A quoi M. Maygrier a répondu immédiatement qu'aucune des femmes dont il rapportait l'observation n'était cardiaque.

En réponse à une question de M. Bar lui demandant comment il comprend le rôle de l'appareil cardio-vasculaire dans la genèse de l'éclampsie, M. Berthod répond :

« Je considère l'éclampsie comme une intoxication d'origine alimentaire chez une femme à système circulatoire (contenant et contenu) en mauvais état de fonctionnement. Je rapproche l'éclampsie des accidents convulsifs, parfois mortels, d'intoxication alimentaire survenant chez des sujets à mauvaise circulation (Potain, Huchard). Comme appui je rappellerai ici les modifications profondes du système circulatoire chez la femme enceinte — et le début de l'éclampsie si net par un écart alimentaire — au milieu d'un dîner en ville par exemple ».

M. Sebillotte s'exprime ainsi. En admettant que les malades de M. Maygrier aient subi le régime lacté dans toute sa rigueur, ce dont on n'est jamais parfaitement sûr, ses hypothèses ne me paraissent nullement irrationnelles. Une femme enceinte albuminurique est une malade atteinte d'une intoxication dont le summum est l'éclampsie.

Si donc les accès éclamptiques ont eu lieu, elle est arrivée au suprême degré de l'empoisonnement et l'on peut concevoir que cette femme puisse rester sous le coup d'une nouvelle attaque pendant plusieurs jours malgré le régime lacté lorsque l'élimination est insuffisante.

Au contraire une albuminurique soumise au traitement avant tout accès d'éclampsie a plus de chances de ne pas atteindre le degré d'intoxication suffisant pour la production de l'accès et c'est dans ces conditions même que l'on n'est complètement rassuré qu'après 8 ou 10 jours du régime lacté absolu. »

Voici à titre d'hypothèse l'explication que nous proposons. Il est permis de supposer que chez une malade dont les fonctions digestives sont troublées, (embarras gastrique par exemple), le lait peut subir dans l'estomac des fermentations anormales. Peut-être est-ce le lait lui-même qui, en raison de certaines altérations préalables, subit spontanément ces fermentations anormales.

Dans l'une et l'autre condition, au lieu d'être un aliment de digestion facile, diminuant la toxicité du contenu intestinal, ce lait devient un véritable produit toxique. Absorbé par le système porte, il va agir immédiatement sur le foie, lequel est déjà prédisposé à subir l'intoxication en raison d'une part de l'état grasseux propre à la grossesse et d'autre part en raison des 1<sup>res</sup> attaques d'éclampsie.

Au 1<sup>er</sup> abord, il peut paraître paradoxal que nous semblions incriminer le lait, alors qu'il constitue l'aliment de choix, l'arme thérapeutique qui prévient généralement l'éclampsie et qui tout au moins l'atténue.

Le paradoxe paraîtra moins surprenant si l'on veut bien prendre en considération quelques faits récemment établis. Ainsi, M. Huchard, dans une étude sur les difficultés du régime lacté (*Médecine moderne*, 1898), signale entre autres causes d'intolérance certains troubles fonctionnels de l'estomac, « l'hyperacidité gastrique détermine la coagulation du lait et cette coagulation devient la source d'accidents ». C'est d'ailleurs pour des faits de ce genre que M. Huchard conseille de substituer au lait de vache le lait d'ânesse, qui, comme le lait humain, est pauvre en caséine et riche en lactose. Rappelons aussi ce fait bien connu que chez certains sujets, l'ingestion du lait donne lieu à une diarrhée intense, comme d'autres fois à une constipation opiniâtre.

Il est donc des sujets qui, en dehors de tout état morbide précis, ne digèrent pas le lait dans des conditions normales.

Ce fait s'observerait également parfois chez les nourrissons nourris au lait stérilisé. Au dernier Congrès des médecins et naturalistes allemands (Dusseldorf, septembre 1898), M. Starck, qui était chargé d'un rapport sur les avantages et les inconvé-

nients du lait stérilisé, est arrivé à formuler des conclusions dont nous extrayons ce qui suit : « L'alimentation exclusive des nourrissons avec du lait stérilisé amène dans un grand nombre de cas des troubles de la nutrition, se manifestant sous forme d'anémie, de rachitisme, de scorbut, etc. ». Heureusement, en France, et les statistiques sont là pour le démontrer, l'alimentation des nourrissons par le lait stérilisé est loin d'avoir donné d'aussi mauvais résultats. En somme, après le sein maternel, c'est encore le lait stérilisé qui convient le mieux dans la plupart des cas.

En résumé, il ressort de tous ces faits que le lait est susceptible dans certaines conditions de devenir un produit toxique par suite de fermentations de mauvaise nature.

Les faits de récédive d'éclampsie que nous venons d'exposer et l'hypothèse explicative que nous en proposons ne viennent nullement d'ailleurs, à l'encontre de la loi de Tarnier à l'égard des femmes enceintes albuminuriques. On sait que ce savant maître disait qu'une femme albuminurique, qui prend du lait à l'exclusion de tout autre aliment pendant au moins huit jours, est à l'abri de l'éclampsie.

Mais ainsi que le fait remarquer M. Maygrier « en est-il de même chez une femme qui a déjà eu de l'éclampsie, qui est par conséquent plus profondément intoxiquée et qui peut rester un certain temps

encore en état d'éclampsisme ». Et notre maître ajoute : « Dans ces conditions n'est-il pas admissible que le lait n'ait plus une action aussi puissante que chez une femme simplement albuminurique et qu'il ne puisse empêcher une récurrence des attaques d'éclampsie ».

Nous devons donc considérer une femme qui vient d'avoir de l'éclampsie, comme étant encore en état d'intoxication latente, en imminence d'accidents ; grâce à l'altération rénale permanente (albuminurie), grâce aussi à la prédisposition hépatique déterminée par la première atteinte. Dans ces conditions une nouvelle auto-intoxication d'origine digestive (lait mal digéré, lait mal stérilisé), nous paraît être une cause suffisante pour provoquer une nouvelle crise éclamptique.

Examinons quel *pronostic* comportent pour la mère et pour l'enfant ces récurrences d'éclampsie :

Pour l'enfant il a été fatal, après avoir survécu aux premières crises, la grossesse continuant normalement, il n'a pu supporter les secondes. Dans le 1<sup>er</sup> cas l'enfant meurt après la récurrence, il est expulsé macéré un mois après. Dans le second cas, la mort du fœtus survient pendant le travail au moment de la récurrence.

Pour la mère au contraire le pronostic a été bénin, les deux malades ont parfaitement guéri. Grâce très probablement d'ailleurs au régime lacté, puisqu'au

contraire dans l'observation de Charpentier, observation qui remonte à une époque où le régime lacté n'était pas encore en honneur, la femme meurt immédiatement pendant la récurrence.

A cette courte analyse, il nous semble pouvoir donner les conclusions que notre maître M. le professeur agrégé Maygrier formulait ainsi :

« L'éclampsie récurrence quelquefois au cours de la même grossesse : il est en effet possible qu'une femme enceinte ait de l'éclampsie sans que sa grossesse soit interrompue et qu'elle soit reprise de nouvelles attaques pendant cette même grossesse ou au moment du travail.

« Cette récurrence peut survenir chez des femmes restées albuminuriques et soumises pour cette raison au régime lacté absolu depuis leur 1<sup>re</sup> atteinte d'éclampsie.

« Il est probable que si l'usage exclusif du lait n'empêche pas la récurrence, il en atténue la gravité pour la mère ».



GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE  
ECLAMPSIE PENDANT LE FAUX-TRAVAIL

---



## CHAPITRE II

### **Attaques d'éclampsie survenant pendant le faux-travail dans un cas de grossesse extra-utérine.**

---

Malgré de nombreuses recherches au sujet de la possibilité d'attaques d'éclampsie déterminée par le faux-travail dans la grossesse extra-utérine, il ne nous a pas été possible de rencontrer un seul fait positif.

Aussi cette rareté nous paraît-elle donner un intérêt tout particulier à l'observation qui suit :

#### OBSERVATION (Février 1895)

Prise à Lariboisière dans le service de M. le Professeur agrégé Maygrier (Inédite)

La nommée G..., âgée de 27 ans, tertipare, entrée le 12 février, salle des femmes en couche, lit n° 10 (bis).

A. P. — Pas de maladies graves. Les 2 premières grossesses ont été normales, accouchements spontanés.

A. H. — Pas de renseignements.

D. R. — Vers le 10 mai 94. Dès le début œdème des membres inférieurs. Constipation opiniâtre. Grossesse à peu près normale jusqu'au 21 juillet, époque à laquelle la femme a été prise de douleurs abdominales violentes qui l'obligent à garder le lit.

Au commencement d'août, souffrant de plus en plus elle se rend à l'hôpital Saint-Louis, où elle est admise dans le service de M. le docteur Richelot. Quelques jours après son entrée elle a une hémorrhagie abondante et une poussée de péritonite (?) (Soignée avec de la glace sur le ventre).

A la fin d'août voyant que son état est à peu près le même elle veut quitter l'hôpital et retourne chez elle où elle est soignée par un médecin de Montmorency. Depuis la fin d'août elle n'a plus perdu de sang mais a eu de la leucorrhée abondante.

Au mois de septembre, se sentant toujours malade effrayée surtout par l'œdème des membres inférieurs, elle consulte le docteur Creix.

Celui-ci porte le diagnostic de grossesse compliquée de tumeur et envoie la malade à la consultation de Lariboisière où son diagnostic est confirmé. La femme retourne chez elle, elle continue à souffrir de douleurs abdominales intenses, et surtout la nuit. Elle a des mictions fréquentes et peu abondantes.

10 février 1895. — L'état reste à peu près le même jusqu'au 10 février. Dans l'après-midi de ce

jour la femme commence à perdre du sang mais en petite quantité.

12 février 1895. — Vers 5 heures du soir est prise de contractions douloureuses, d'agitation, on fait appeler un médecin et vers 9 heures du soir elle a une première attaque d'éclampsie.

On lui donne du chloral, du chloroforme. Jusqu'au lendemain matin elle a chez elle 18 attaques.

13 février 1895. — On l'amène à l'hôpital Lariboisière à 7 heures du matin.

A l'arrivée on trouve le col long fermé.

Sous le pubis dans le cul-de-sac antérieur on sent un repli du vagin et dans le cul-de-sac postérieur une tumeur remplie par une masse dure irrégulière.

Par le palper on trouve une tumeur remontant à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, volume du ventre correspondant à une grossesse de 7 mois environ.

En avant de cette tumeur on sent et on voit une autre tumeur légèrement déviée à droite remontant à 5 travers de doigts au-dessus du pubis. Cette tumeur est dure, régulière et lisse.

Le ventre est tendu en permanence et il est impossible de sentir autre chose par le palper.

Les battement du cœur fœtal sont perçus à droite.  
Température 38°1.

13 février 1895. — A 11 heures M. Maygrier pratique le toucher manuel et pénètre avec un doigt au-delà de l'orifice interne du col.

Il constate que la cavité utérine est vide et porte le *diagnostic de grossesse extra-utérine*. Enfant vivant. Température 38°5. Depuis son entrée dans le

service jusqu'à 10 h. 30 du matin la femme a 8 attaques d'éclampsie. A partir de ce moment les attaques cessent.

La femme est traitée par le gavage lacté et le chloroforme au moment des attaques.

A 9 heures, la femme est dans un état comateux, les yeux ouverts, s'agitant et paraît souffrir beaucoup du ventre. On n'entend plus les battements du cœur fœtal. Au toucher, on peut constater que le col est largement ouvert et permet facilement l'introduction du doigt.

Température, 38°2. Pouls très rapide.

5 heures, la femme est en agonie, le pharynx s'emplit de mucosités et de liquide venant de l'estomac. La respiration est bruyante, accompagnée de gargouillement pharyngien. Saignée blanche. Mort à 6 heures du soir.

Le corps ayant été réclamé par la famille, l'autopsie complète n'a malheureusement pas pu être faite. Mais M. Maygrier, s'étant rendu lui-même à l'amphithéâtre, put constater à nouveau en pratiquant le toucher, que la cavité utérine était bien vide. Que la tumeur lisse, dure, arrondie, perçue à droite, à 5 travers de doigts au-dessus du pubis était bien l'utérus.

A l'aide d'une légère incision latérale, pratiquée sur le cul de sac postérieur, il put s'assurer de la présence d'une partie fœtale dans une cavité indépendante de l'utérus.

*Réflexions.* — Sur la présentation d'un cas uni-

que d'attaques éclamptiques au moment du faux travail dans un cas de grosseur extra-utérine, il serait présomptueux de formuler des règles précises au sujet de pareilles manifestations.

Il nous paraît nécessaire et intéressant d'analyser les points principaux de cette unique observation. Tout d'abord comment pouvons-nous affirmer la nature de la lésion et des symptômes. Il n'a pas été possible de faire l'autopsie complète du sujet. Mais les renseignements cliniques fournis par divers examens et surtout les signes physiques positifs consignés dans l'examen fait par M. Maygrier, dont la compétence ne saurait être mise en doute, nous laissent toute certitude sur la nature du cas en question.

Voici en effet les traits principaux de l'histoire de cette malade. Vers les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> mois de la grossesse, elle est prise de métrorrhagie, avec douleur et un médecin porte le diagnostic de grossesse compliquée de tumeur, diagnostic qui est confirmé par l'Assistant de consultation de l'hôpital Lariboisière.

Lorsque vers le neuvième mois, le travail commence, la malade fut prise chez elle de 18 attaques d'éclampsie. Amenée à l'hôpital Lariboisière on pratiqua un examen minutieux dont nous extrayons les points principaux suivants qui établissent le diagnostic d'une manière précise.

« ... En arrière du col on sent dans le cul de sac postérieur, une tumeur remplie par une masse fœtale,

durë, irrégulière. Par le palper on sent une masse remontant à deux travers de doigt au dessus de l'ombilic et représentant un pôle fœtal... En avant de cette tumeur il en est une autre légèrement déviée à droite et remontant à 5 travers de doigt au dessus du pubis. Cette tumeur est dure, régulière et lisse. Les battements fœtaux sont perçus à droite... Puis M. Maygrier introduisant un doigt dans le col constate que la cavité utérine est vide ».

Voilà certes un renseignement clinique d'une valeur indiscutable et qui justifie pleinement le diagnostic porté alors par notre maître, de grossesse extra-utérine.

Ainsi chez cette femme la crise éclamptique est apparue en dehors de toute prévision comme cela se présente assez fréquemment chez les malades dont on n'a pas analysé l'urine. Néanmoins l'œdème des membres inférieurs dont se plaignait depuis longtemps la malade pouvait être l'expression d'une altération rénale, et quoique l'observation antérieure ne mentionne pas l'albuminurie, il est vraisemblable que ce symptôme existait faisant rentrer la malade dans la classe des prédisposées à l'éclampsie.

C'est à l'occasion de ce faux travail que l'accès éclate : Y a-t-il un rapport de cause à effet entre ce faux travail et l'éclampsie ?

C'est une hypothèse que nous accepterions volontiers. En effet il ne nous semble pas téméraire de

supposer que chez une femme en état d'éclampsie une excitation violente produite par les contractions de l'utérus puisse amener une perturbation analogue à celle que produit le moindre écart alimentaire.

Ne se passerait-il pas quelque chose de semblable à ce qui s'observe dans le tétanos.

On sait que dans cette maladie, véritable intoxication du système nerveux, une excitation mécanique (simple choc, simple attouchement) est capable de provoquer des crises convulsives généralisées, surprenant le malade dans une phase de repos complet apparent. Dans notre cas le faux-travail se comporterait comme un vrai traumatisme interne déterminant l'explosion d'accidents qui étaient menaçants.

Ce n'est d'ailleurs là qu'une hypothèse ayant pour but d'expliquer cette coïncidence exceptionnelle entre l'éclampsie et le faux-travail de la grossesse extra-utérine. L'observation relate en effet que le travail a précédé la crise.

Peut-être malgré cela pourrait-on nous objecter que l'autopsie n'a pas été faite, ce qui laisserait planer un doute sur l'exactitude du diagnostic « cette objection n'est pas soutenable en présence des constatations faites par M. Maygrier, après la mort, au toucher il vérifie la vacuité de l'utérus et par une incision du cul de sac postérieur il constate la présence d'une partie fœtale en dehors de l'utérus.

Il est donc indiscutable que nous étions en pré-

sence d'un cas de grossesse extra-utérine en pleine évolution d'éclampsie.

Voici maintenant comment ces crises éclamptiques se sont terminées.

La malade est prise de 8 nouvelles attaques éclamptiques et tombe dans le coma ayant à différentes reprises manifesté de violentes douleurs abdominales. Les battements du cœur du fœtus cessent de se laisser percevoir. Le col largement ouvert admet facilement l'introduction du doigt. Enfin la femme meurt.

Pour terminer il nous reste à signaler la gravité exceptionnelle de ce cas pathologique.

La mort du fœtus étant à peu près la règle dans la grossesse extra-utérine, ce fait n'a pas lieu de nous surprendre. Quant à la mère l'état dans lequel elle était lors de son entrée à l'hôpital, a rendu inefficace une thérapeutique active (saignée, chloroforme).

Peut-être dans un cas semblable, si le diagnostic était fait à temps, pourrait-on par une intervention chirurgicale énergique (laparotomie) sauver à la fois la mère et l'enfant.



## CHAPITRE III

### Eclampsie arrêtée avant l'attaque par le traitement préventif

---

Notre but étant de relater quelques cas de formes anormales d'éclampsie, nous avons cru utile de faire une courte mention d'une observation d'éclampsie arrêtée dans son évolution par le traitement. Ce que nous pouvons appeler un cas d'éclampsie avortée.

Pour affirmer qu'on a fait avorter une crise d'éclampsie, il faut pouvoir démontrer que l'éclampsie était en évolution. C'est ce qui nous paraît nettement ressortir de l'observation que nous publions ci-dessous.

Il s'agit en effet d'une femme albuminurique soumise déjà au régime lacté, en proie aux douleurs progressives du travail depuis environ 36 heures.

Le travail avance peu ou pas.

Subitement elle est prise d'une céphalée violente, avec agitation, douleur épigastrique, bourdonnements

Lafon

4

d'oreilles, et bientôt apparaît ce symptôme d'une importance considérable, une amaurose complète. Nous étions là, à n'en pas douter, en présence de signes précurseurs d'un accès éclamptique.

L'attaque paraissait imminente à M. le professeur Maygrier, qui fit immédiatement instituer le traitement suivant : Saignée, injections répétées de sérum, gavage lacté. En outre, sans perdre de temps, il pratiquait une application du forceps sous le chloroforme.

Grâce à cette thérapeutique énergique, les convulsions ont fait défaut, au bout de quelques heures, l'état de la malade s'améliora progressivement et l'amaurose disparut.

Voici donc un fait indiscutable d'éclampsie arrêtée dans son évolution, c'est-à-dire d'éclampsie avortée.

Dans cette circonstance, le traitement bien connu déjà certainement, a manifesté ce nous semble son efficacité d'une façon si précise, qu'il nous a paru bon de le mentionner et de lui attribuer la suppression, des accidents convulsifs.

---

## OBSERVATION

Observation prise dans l'hôpital de la Charité, service de M. Maygrier, 30 octobre 1898 (Inédite)

La nommée B..., 26 ans, couturière, *primipare*, a été reçue dans le service, le 30 octobre, à 11 h. 30 du matin, à cause de petites douleurs qu'elle accuse depuis ce matin même et d'une *légère albuminurie*.

A. H. — Mère morte d'affection cardiaque. Pas de tuberculose dans les antécédents.

A. P. — La malade, nourrie au sein, a marché de bonne heure, ne sait pas à quel âge, mais n'a pas eu de troubles de la marche pendant son enfance, ne présente pas de déformations rachitiques en dehors de son bassin.

Elle n'a jamais fait de maladies graves:

*Impétigo* de la tête vers l'âge de 7 ans.

La *grippe* en deux reprises, en 1889 et en 1892.

*Réglée* depuis l'âge de 17 ans, assez bien habituellement, perd tous les mois pendant 5 jours, souffre beaucoup les premiers jours des règles, elle a de la leucorrhée après chaque période menstruelle, mais en somme n'a jamais souffert et n'a jamais été soignée pour maladies des organes génitaux.

Pas de fausses-couches. Le père de l'enfant est bien portant.

1<sup>re</sup> grossesse (actuelle). Dernières règles le 24 jan-

vier au 4 février, a senti remuer au mois de juillet, serait donc à terme à quelques jours près.

La grossesse a été très facile et presque sans accidents. Pas de vomissements ni constipation. Pas de varices. La malade, très nerveuse habituellement, l'est devenue bien davantage pendant la grossesse, mais elle n'a pas eu d'attaques hystériques. Quelques petites douleurs dans le bas-ventre. Pas de leucorrhée. Enfin, on ne trouve aucun trouble fonctionnel attribuable à une albuminurie : ni céphalée, ni crampes des mollets, ni fourmillements dans les membres, ni troubles oculaires ni auditifs. Pourtant les jambes enflaient le soir depuis 2 mois.

Elle n'a jamais consulté et les urines n'ont jamais été examinées pendant la grossesse.

*Travail.* — Le 30 octobre, le matin, la malade ressentant quelques petites douleurs espacées, s'est présentée à la consultation. On diagnostiqua : primipare, à terme, non en travail. Sommet non engagé. Enfant vivant.

*Urines.* — Fortement albumineuses.

La femme admise dans le service est mise au dortoir et soumise au régime lacté absolu.

A 9 h. du soir (30 octobre), la malade accuse brusquement des douleurs intenses et périodiques. L'examen fait aussitôt donne :

*Au toucher.* — Col en voie d'effacement, légèrement perméable, membranes intactes. La présentation est un sommet difficile à explorer parce qu'il est très élevé, au détroit supérieur, non fixé, facilement soulevable.

On ne sent ni sutures, ni fontanelles.

*Le promontoire* est inaccessible, mais on sent facilement la face antérieure du sacrum surtout dans la partie inférieure.

*Palpation. — Auscultation.* — L'utérus remonte à l'épigastre, relativement volumineux, saillant en avant, ayant produit de très abondantes vergetures sur l'abdomen, il est très tendu ; le liquide amniotique semble très abondant. Sommet en bas, volumineux, mobile sur le détroit supérieur. Dos à gauche. Siège en haut. Bruits fœtaux sourds, marqués par le souffle maternel, s'entendant à gauche et sous l'O.

Donc ; OIGA. Sommet engagé probablement à cause du volume du fœtus.

*Urines albumineuses.* — (Environ 0,30 ou 0,20 centigrammes.

*Etat général.* — Très bon. La malade plutôt obèse, a le faciès congestif.

OEdème des membres inférieurs assez marqué.

*Salle de travail.* — La malade est installée dans la salle de travail à 9 heures 15 du soir. Elle passe la nuit du 30 au 31 octobre accusant de petites douleurs a pu dormir une grande partie de la nuit.

*Pendant la visite du 31 octobre (9 h. 1/2 du matin).* La malade souffre peu. Dilatation connue 2 fr. Membranes intactes. Sommet non fixé. Bruits fœtaux très sourds, mais positifs.

*De 9 h. du matin à 6 h. du soir (31 octobre).* — Douleurs périodiques de plus en plus intenses et rapprochées, mais en somme supportables, la malade ne se plaint pas.

*Localement* les signes physiques ne changent pas.

La dilatation ne progresse pas. Bruits fœtaux positifs.

La nuit du 31 octobre au 1<sup>er</sup> novembre, entre 6 h. du soir et 6 h. du matin la malade est surveillée en partie par les élèves de garde en partie par Mlle Jacquy, sage-femme. Elle accuse de fortes douleurs périodiques, le travail avance peu ou pas. Lait à volonté.

Elle a vomi 3 ou 4 fois pendant la nuit.

*A 6 heures du matin.* — Presque subitement la malade se plaint d'une *céphalée* très intense et persistante, elle est très agitée se roulant dans son lit. Interrogée elle accuse une douleur au creux épigastrique, se plaint de forts bourdonnements dans les oreilles. Un instant après elle dit ne pas voir clair et bientôt elle ne voit plus les personnes qui lui causent la lampe qui brûle devant ses yeux cesse d'être visible pour elle, elle accuse des picottements, des fourmillements dans les doigts des mains.

Tous ces accidents joints aux vomissements survenus la nuit, à l'œdème des membres qui remonte jusqu'à l'abdomen, à l'*albuminurie* qui est devenue très abondante au dernier examen, font craindre l'écllosion des *accès éclamptiques*.

M. Maygrier prévenu constate ces troubles, trouve de plus le facies congestif, le pouls fréquent, tendu, sans élévation de la température. Pas de myosis mais les pupilles restent sans réaction à la lumière.

Il craint aussi l'invasion de l'éclampsie et prescrit ; lait en abondance ; grand lavement suivi d'un lavement purgatif avec une goutte d'huile de croton, un gramme de chloral. Chloroforme en cas de besoin.

7 heures du matin. — Même état général, amaurose complète. Le lavement n'a pas produit d'effet.

Le travail est absolument arrêté. Dilatation stationnaire. Engagement nul. *Bruits fœtaux positifs.*

Les urines sont foncées, noirâtres, *peu abondantes*, malgré les 3 litres 1/2 de lait que la femme a pris depuis la veille.

10 heures du matin. — M. Maygrier examine la malade et décide d'intervenir énergiquement.

Les douleurs sont plus intenses, le col souple dilatable, sommet engagé dans la partie moyenne de l'excavation en GA. Membranes intactes.

On fait une saignée au bras droit de 400 gr. de sang. Puis une injection hypodermique de sérum (500 gr.).

A 10 heures 15. — Après chloroformisation, M. Maygrier avec les deux index complète la dilatation, rompt les membranes et aussitôt applique le forceps sur le sommet au O I G A dans la partie moyenne de l'excavation. On complète la rotation de la tête. Le dégagement est un peu laborieux, avec le forceps on défléchit la tête. Une petite déchirure se produit sur le périnée, nécessitant 2 serre-fines (1 de Boissart et 1 de Budin). Pas de circulaires, etc.

L'enfant du sexe féminin est né étonné, mais la respiration se rétablit aussitôt. Poids, 3,600 gr.

*Il est 10 heures 25 du matin.*

La délivrance artificielle est faite à 10 heures 40 à cause d'une hémorrhagie assez abondante qui survient au moment du décollement du placenta. M. Ulmann, interne de service, fait assez facilement la dé-

livrance, le placenta était en partie décollé. Les membranes sont complètes.

*Le placenta* ne présente pas de lésions albuminuriques.

Pendant la délivrance on continue un instant la chloroformisation, l'état de la malade change alors brusquement : elle est pâle, les muqueuses sont décolorées. Les traits relâchés, la figure altérée. Le chloroforme cessé, la malade se réveille difficilement, reste abattue, fatiguée, elle reste étrangère de ce qui se passe autour d'elle ; elle entend assez bien, mais ne voit absolument rien. Les pupilles sont élargies et ne réagissent pas à la lumière.

D'autre part, malgré cet état, en somme considéré comme grave la respiration est bonne, le pouls fort et régulier ; température, 37°4.

On s'occupe de remonter la malade : oxygène, sérum 500 gr. ; caséine, éther, alcool, lait.

*Pendant la journée* la malade surveillée se remonte peu à peu. Elle prend bien son lait, des urines sont de plus en plus abondantes. Selles abondantes après un grand lavement donné par une longue canule.

*6 heures du soir.* — Progressivement la céphalée disparaît. Peu à peu la vision s'éclaircit au point que vers 6 heures la malade a pu distinguer l'heure sur la pendule.

*2 novembre. — Visite.* — Etat général très bon, la malade a dormi la nuit, elle voit assez bien pour pouvoir lire, toutefois un léger trouble de la vue persiste, les objets semblent voilés. Les pupilles se con-

tractent à la lumière. Pas de céphalée ni aucun trouble auditif.

Pouls, 96. Température 37° ce matin après avoir monté hier à 38°2.

*Régime lacté.*

3 novembre. — Après ablation des deuxièmes serre-fines. On constate que le périnée a repris.

A l'ophtalmoscope : œdème accentué des deux papilles sans hémorrhagies.

15 novembre. — *Etat général* très bon. A partir de ce jour jusqu'à la sortie de la malade de l'hôpital son état reste très bon, ne présentant aucun trouble qui puisse faire craindre l'éclampsie. Les urines sont abondantes et claires. Malgré le régime lacté absolu l'albumine diminue lentement et à sa sortie de l'hôpital on trouve encore un léger nuage d'albumine.





## CONCLUSIONS

---

Au cours d'une même grossesse, l'éclampsie peut récidiver.

Ces cas de récurrence sont exceptionnels.

Ces récurrences peuvent survenir au cours du traitement par le régime lacté absolu.

Elles apparaissent dans un délai variable : 11 jours (observation 1). 2 mois (observation 2).

Si le régime lacté n'a pas empêché la récurrence, il en a atténué la gravité pour la mère, dans nos deux cas la guérison a été la règle.

On peut trouver la cause de la récurrence non pas dans un écart alimentaire, car le régime lacté a été absolu, mais peut-être dans un trouble digestif de cause indéterminée, ayant pour conséquence une auto-intoxication agissant sur un foie prédisposé.

On peut observer l'éclampsie au moment du faux travail dans la grossesse extra-utérine (fait unique).

Il est possible de faire avorter une attaque d'éclampsie imminente, grâce à un traitement judicieux et précoce.

Vu : Le Président de la Thèse,  
M. GARIEL

Vu : le Doyen,  
P. BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD











